

様式第八十四（第百五十一条関係）

配置従事者身分証明書交付申請書

フリカナ 申請者の氏名		
申請者の生年月日	年 月 日	
申請者の種別	薬剤師 ・ 登録販売者 ・ 一般従事者	
配置販売業者	氏名	
	住所	
	許可番号及び年月日	
備考		

上記により、配置従事者身分証明書の交付を申請します。

年 月 日

〒

申請者住所

申請者氏名

滋賀県知事 殿

担当者名：

連絡先：

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 許可番号および年月日欄には、回商する都道府県名および許可番号ならびに年月日をすべて記載し、本県以外を回商する場合はその許可証の写しを添付すること。